

.....
.....
.....

Strzelin, dn.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych badań psychologicznych
mojego syna/podopiecznego..... w celach
diagnostycznych.

.....

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na udzielenie mojemu synowi/podopiecznemu/córcie
..... pomocy psychologiczno – pedagogicznej
w gimnazjum i Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii przy Zespole Placówek Oświatowych
w Strzelinie.

.....